

駒込共立クリニック

旅行・臨時透析 FAX 依頼書（医療機関申込み用）

医療機関・患者様情報

医療機関名称	_____（ 病院 ・ クリニック ・ 診療所 ）
電話番号、FAX	電話 _____ - _____、FAX _____ - _____
ふりがな	
氏名（性別）	_____（ 男性 ・ 女性 ）
年齢 生年月日	_____ 歳 （大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生）
透析時間 曜日	_____ 時間、（ 月・水・金 、 火・木・土 、その他 _____ ）
シャント(透析アクセス)	右 ・ 左

ご希望の透析日（臨時透析の日時希望に関する情報）

1	_____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」
2	_____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」
3	_____ 年 _____ 月 _____ 日（ ） 「 午前(8:30~)、午後(15:30~22:00) 」

* 臨時透析回数が4回以上の場合は、下記特記事項の欄にご記入ください

* 火・木・土は、午前の部のみとなります。ご了承ください

特記事項(問題点やご要望など)

FAX 申し込みを頂きましたら、当院から確認のご連絡をさせていただきます。

決定後に、透析条件を FAX にてご送付ください

駒込共立クリニック FAX 番号

03-3941-4282